**แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ .......................................................................**

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ....................................................................................................................

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ......................................................................................................

 ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน (ระบุชื่อ) .............................................................................. มีความประสงค์จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .............................................................................................................................. ในปีงบประมาณ ............................ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ..……………..… …................................................. เป็นเงิน .................................. บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

**ส่วนที่ 1 : รายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียด)**

**1. เหตุผล......................................................................................................................................................**

**2.วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

 1. ...................................................................................................................................................................

 2. ...................................................................................................................................................................

 3. ...................................................................................................................................................................

**3. กลุ่มเป้าหมาย..........................คน**

 **4.วิธีดำเนินการ**

 1. ...................................................................................................................................................................

 2. ...................................................................................................................................................................

 3. ...................................................................................................................................................................

 4. ...................................................................................................................................................................

 5. ...................................................................................................................................................................

**5.ระยะเวลาดำเนินการ**

 ......................................................................................................................................................................

**6. สถานที่ดำเนินการ**

 ......................................................................................................................................................................

**7. งบประมาณ**

 จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ....................................................................................................
จำนวน ................................. บาท รายละเอียด ดังนี้

 - ค่า.................................................................. เป็นเงิน ............... บาท

 - ค่า.................................................................. เป็นเงิน ............... บาท

 - ค่า.................................................................. เป็นเงิน ............... บาท

**8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

 1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 2. ...................................................................................................................................................................

 3. ...................................................................................................................................................................

**9. สรุปแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม**

**(ผู้เสนอฯ ลงรายละเอียด โดยในแต่ละข้อย่อยให้เลือกเพียง 1 รายการที่เป็นรายการหลักสำหรับใช้ในการจำแนกประเภทเท่านั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ อปท. บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมกองทุนฯ เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว)**

9.1 *หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ*

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ...........................................................................................................................

 9.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.

 9.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล

 9.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.

 9.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน

 9.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน

**9.2 ประเภทการสนับสนุน**

 9.2.1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข

 9.2.2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น

 9.2.3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ

 9.2.4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ

 9.2.5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ

**9.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก**

 9.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 9.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 9.3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 9.3.4 กลุ่มวัยทำงาน

 9.3.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

 9.3.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 9.3.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 9.3.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 9.3.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ

**9.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**

 9.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

 9.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 9.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 9.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด

 9.4.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 9.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

 9.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

 9.4.1.7 การส่งสริมสุขภาพช่องปาก

 9.4.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 9.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

 9.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 9.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 9.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 9.4.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 9.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 9.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 9.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

 9.4.2.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 9.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

 9.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 9.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 9.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 9.4.3.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 9.4.3.5 การส่งสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้/ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

 9.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

 9.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 9.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 9.4.3.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 9.4.4 กลุ่มวัยทำงาน

 9.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 9.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 9.4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 9.4.4.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 9.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

 9.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

 9.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

 9.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอร์

 9.4.4.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 9.4.5.1 กลุ่มผู้สูงอายุ

 9.4.5.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 9.4.5.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 9.4.5.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 9.4.5.1.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 9.4.5.1.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 9.4.5.1.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 9.4.5.1.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 9.4.5.1.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 9.4.5.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

 9.4.5.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 9.4.5.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 9.4.5.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 9.4.5.2.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 9.4.5.2.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

 9.4.5.2.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

 9.4.5.2.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

 9.4.5.2.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

 9.4.5.2.9 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 9.4.6 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

 9.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 9.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 9.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 9.4.6.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 9.4.6.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

 9.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

 9.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

 9.4.6.8 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 9.4.7 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

 9.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

 9.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

 9.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

 9.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้

 9.4.7.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

 9.4.7.6 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

 9.4.8 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ

 9.4.8.1 อื่นๆ (ระบุ) .................................................................................................................

ลงชื่อ ............................................................... ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 (.................................................................)

ตำแหน่ง ............................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. ................................................

ลงชื่อ ............................................................... ผู้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 (.................................................................)

ตำแหน่ง ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ...........................................................

 วันที่-เดือน-พ.ศ. ................................................

**ส่วนที่ 2 : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สำหรับเจ้าหน้าที่ อปท. ที่ได้รับมอบหมายลงรายละเอียด)**

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ...........................................................................
ครั้งที่ ........... / 25…………… เมื่อวันที่ ............................................ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

 **อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน .............................................. บาท

 เพราะ ............................................................

.............................................................................................

 .........................................................................................................................................................

 **ไม่อนุมัติ**งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

 เพราะ .........................................................................................................................................................

 .........................................................................................................................................................

 หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี) ...................................................................................................................................
.........................................................................................................................................................................................
.........................................................................................................................................................................................

 ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตามแบบฟอร์ม **(ส่วนที่ 3)** ภายในวันที่ ………………………………………………….........

ลงชื่อ ....................................................................

 (..................................................................)

ตำแหน่ง ................................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. ....................................................

**ส่วนที่ 3 : แบบรายงานผลการดำเนินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สำหรับผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ลงรายละเอียดเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน)**

ชื่อแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ......................................................................................................................................

**1. ผลการดำเนินงาน**

 ............................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

**2. ผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด**

2.1 การบรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 บรรลุตามวัตถุประสงค์

 🞎 ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ เพราะ ...............................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

2.2 จำนวนผู้เข้าร่วมใน แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม .............................................................. คน

**3. การเบิกจ่ายงบประมาณ**

 งบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ ................................................. บาท

 งบประมาณเบิกจ่ายจริง ................................................. บาท คิดเป็นร้อยละ ..............................

 งบประมาณเหลือส่งคืนกองทุนฯ ................................................. บาท คิดเป็นร้อยละ ..............................

**4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน**

 🞎 ไม่มี

 🞎 มี

 ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ........................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

 แนวทางการแก้ไข (ระบุ) ......................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................

ลงชื่อ.........................................................................ผู้รายงาน

  (.........................................................................)

ตำแหน่ง .....................................................................

วันที่-เดือน-พ.ศ. .........................................................